

Version 29/4/2014

DOMMAGES CORPORELS
Documents standards

Les assureurs Responsabilité civile (RC) et les assureurs Protection juridique (PJ) membres d'Assuralia ont estimé opportun de mettre au point une série de documents standards sectoriels destinés à la victime de dommages corporels, ou à un proche en cas de décès, en vue de lui faciliter la vie.

La standardisation de ces documents présente l'avantage, pour la victime, de les rendre reconnaissables et de lui permettre facilement de savoir si elle a déjà transmis ces informations à un autre assureur et, pour l'assureur, d'identifier rapidement les informations dont il a besoin pour la gestion de son dossier.

Ces documents standards sont les suivants :

1. check-list des documents importants en cas de blessure
2. questionnaire renseignements généraux en cas de blessure
3. check-list des documents importants en cas de décès
4. questionnaire renseignements généraux en cas de décès
5. certificat médical à remplir par le médecin
6. attestation de frais médicaux à remplir par le médecin et la mutualité
7. relevé des frais médicaux
8. attestation de perte de revenu employeur
9. attestation frais de déplacement et de parking

Les documents standards sont destinés à accompagner, en fonction des circonstances (type de blessures, décès, …) le(s) courrier(s) propres à chaque entreprise adressés à la victime.

Ils ont vocation à être utilisés par les assureurs RC et PJ membres d'Assuralia dans leurs rapports avec les victimes de dommages corporels, que ce soit directement à la suite de la déclaration de sinistre (p. ex. le questionnaire renseignements généraux) ou dans la collecte d'informations inhérente à la gestion du dossier (p. ex. le relevé de frais médicaux).

Ces documents type existent en français, néerlandais, allemand et anglais. Ils sont personnalisables par les entreprises d'assurance (logos, en-tête, …) mais conservent le même lay-out. Leur version la plus récente (datée) est disponible sur le site internet d'Assuralia.

SOCIÉTÉ ANONYME BELGE D'ASSURANCES DE PROTECTION JURIDIQUE / BELGISCHE RECHTSBIJSTANDVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ N.V.
SIEGE SOCIAL / MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
Avenue Lloyd Georgelaan 6 - Bruxelles 1000 Brussel - Tel. 02/645.51.11 - Fax 02/640.77.33
R.P.M./R.P.R. 0401.620.778 - Agréée sous le n° de code 0687/ Toegelaten onder code nr 0687
Rekening /Compte : KBC 435-4120401-18- KBC SWIFT : KREDBEBB - CODE IBAN : BE50 4354 1204 0118



Transmission de ces documents à la victime

- Ils sont communiqués à la victime en fonction des circonstances (soit blessure soit décès) et, le cas échéant, en fonction de l'évolution de l'état de santé de la victime. Ils ne sont donc pas tous transmis en une fois à la victime ;

- Ils sont envoyés estampillés du logo de l'entreprise qui s'adresse à la victime, ainsi que du numéro de référence du dossier de cette entreprise ;

- Ils sont accompagnés d'un courrier (propre à chaque entreprise) expliquant l'usage des documents standards et invitant la victime à :

    - faire une copie des documents qu'elle a complétés ;
    - conserver le numéro de dossier communiqué par l'assureur qui l'interroge ;
    - signaler à un assureur ultérieur qu'elle a déjà été interrogée.

  Ce courrier indique très clairement à la victime que la transmission des documents déjà complétés pour un autre assureur la dispense de remplir à nouveau les documents qu'elle vient de recevoir, de même que la transmission de l'identité et du numéro de dossier ouvert auprès d'un autre assureur pour le même incident.

Transmission de ces documents entre assureurs

Les assureurs s'engagent, dès lors qu'ils connaissent l'identité de l'autre assureur concerné, à s'informer mutuellement, c'est-à-dire :

- à prévenir cet assureur du fait qu'il interroge/a interrogé la victime ;

- à transmettre à cet assureur tout document standard complété par la victime.

Plus particulièrement, il est convenu que :

- l'assureur PJ adresse les documents standards à la victime et en avertit l'assureur RC dès qu'il connaît son identité ;

- l'assureur RC adresse également les documents standards s'il le juge opportun et, dans ce cas, en avertit l'assureur PJ dès qu'il connaît son identité ;

- lorsque les documents standards complétés parviennent à l'assureur PJ, celui-ci les transmet à l'assureur RC ;

- l'assureur RC ne transmet les documents standards complétés à l'assureur PJ qu'à la demande de celui-ci.

* * *

SOCIÉTÉ ANONYME BELGE D'ASSURANCES DE PROTECTION JURIDIQUE / BELGISCHE RECHTSBIJSTANDVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ N.V.
SIEGE SOCIAL / MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
Avenue Lloyd Georgelaan 6 - Bruxelles 1000 Brussel - Tel. 02/645.51.11 - Fax 02/640.77.33
R.P.M./R.P.R. 0401.620.778 - Agréée sous le n° de code 0687/ Toegelaten onder code nr 0687
Rekening /Compte : KBC 435-4120401-18- KBC SWIFT : KREDBEBB - CODE IBAN : BE50 4354 1204 0118



Annexe 1

Vous êtes blessé à la suite d'un accident

CHECK-LIST DES DOCUMENTS A GARDER DANS VOTRE DOSSIER

En vue de votre indemnisation, **TOUS les documents relatifs à votre dommage sont importants**. Vous devez les conserver avec soin quand ils vous sont transmis afin de pouvoir faire la preuve de votre dommage et d'obtenir une indemnisation rapide et complète.

Afin de déterminer l'étendue de votre dommage, vous allez recevoir divers formulaires à compléter. Voici une check-list des documents les plus importants à avoir sous la main :

- ☑ Documents médicaux : rapports, radiographies, résultats d'examen, ... mais également le certificat de guérison ou de consolidation de vos lésions

- ☑ Attestations de frais médicaux
    - factures d'hospitalisation et d'ambulance
    - attestations de remboursement de la mutuelle
    - attestations (dites « BVAC ») fournies par le pharmacien à votre demande reprenant l'identité du patient, celle du médecin et l'objet de la prescription

- ☑ Fiche de salaire mensuelle et annuelle ou feuille d'impôts

- ☑ Frais de déplacements et d'administration : toutes les pièces justificatives

- ☑ Dégâts vestimentaires et autres : factures d'achat ou descriptif/photo de l'objet endommagé

‼ Conservez les pièces endommagées.

Gardez ces documents précieusement.
Complétez et transmettez les formulaires au plus vite lorsqu'ils vous sont adressés.



Annexe 2

Vous êtes blessé à la suite d'un accident

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Références de votre dossier (mentionnées dans la lettre jointe): ....

Date, lieu et heure de l'accident : ....

1. Votre situation familiale

Vos nom et prénom(s) : ....

Date de naissance :...

Adresse : ....

Tél. domicile :... GSM : ....

Adresse e-mail : ....

N° de compte bancaire : ....

Etat civil : célibataire – marié(e) – cohabitant(e) – veuf/veuve – séparé(e) de fait – divorcé(e)

Nom du conjoint / du partenaire : ....

Date de naissance : ..../........./.........

Situation professionnelle du conjoint :

□ temps plein

□ temps partiel : .... heures/semaine

Composition de votre ménage :

	Nom, prénom	Date de naissance	A charge	Cohabitant Inwonend/samenwonend
Conjoint / partenaire			□ oui □ non	□ oui □ non
Enfant(s)			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
Parent(s)			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non

Y a-t-il un lien de parenté ou un autre lien avec le ou les auteurs de l'accident ? □ oui □ non

Si oui, lequel ? ....



2. Votre situation professionnelle

Avez-vous subi une perte de revenu à la suite de l'accident ? □ oui □ non

Si oui, veuillez joindre la preuve de revenu du mois précédent l'accident (p. ex. fiche de salaire)

Situation professionnelle à la date de l'accident	A cocher	Depuis
Ouvrier	□	
Employé	□	
Fonctionnaire/militaire - statutaire - contractuel	 □ □	
Indépendant	□	
Etudiant/Enfant	□	
Pensionné	□	
Prépensionné	□	
Demandeur d'emploi	□	
A charge de la mutualité	□	
A charge du CPAS	□	
Sans profession	□	
Autre	□	

- Si vous êtes salarié

Nom et adresse de votre employeur :……………………………………………………………………………………………….

Régime	Temps plein :	Temps partiel :
Nombre heures/ semaine		

Salaire	Brut	Imposable	Net
Par heure			
Mensuel			
Annuel			

Autres avantages (primes, 13ème mois, chèque repas, …) : ………………………………………………………………..



- Si vous êtes indépendant : à titre ◻ principal ◻ accessoire

	A cocher	Bénéfices imposables	Montant des frais fixes
Dirigeant d'une société	◻		
Société d'une personne	◻		
Indépendant personne physique	◻		

Veuillez joindre l'avertissement-extrait de rôle des trois dernières années.

Numéro BCE : ……………………………………………..

- Si vous êtes étudiant :

Nom de l'école :………

Nature et durée des études :…….

Année en cours au moment de l'accident : ………………………………………………………………………………………

3. Circonstances de l'accident

S'agit-il pour vous ◻ d'un accident de travail ou sur le chemin du travail ?
◻ d'un accident dans le cadre scolaire ou sur le chemin de l'école ?
◻ d'un accident de la vie privée ?

- S'il s'agit d'un accident de travail ou sur le chemin du travail :

  Nom et adresse de l'assureur « accident du travail » de votre employeur :……………………………

  ……….

  ……….

  ……….

- S'il s'agit d'un accident dans le cadre scolaire ou sur le chemin de l'école :

  Adresse de l'école et nom et adresse de son assureur scolaire:……………………………

  ……….

  ……….

  ……….

Y a-t-il eu des témoins de l'accident ? ◻ oui ◻ non

Si oui, quelle est leur identité (nom, prénom et adresse) :

……

……

…….



4. Conséquences matérielles de l'accident

Description des dommages à des objets autres qu'au véhicule. Veuillez joindre toutes les notes justificatives et conserver les pièces endommagées.

Objet	Description des dommages	Date d'achat	Montant de l'achat (Estimation)

5. Conséquences corporelles de l'accident

Nature des blessures : ……..
……
…….
…….
Avez-vous été hospitalisé à la suite de l'accident ? □ oui □ non
Nom du médecin traitant et/ou de la clinique : ……………………………………………………………………………….
…….
En cas d'hospitalisation : Date d'entrée : ………/………/……… Date de sortie : ………/………/………
Avez-vous été en incapacité totale de travail? □ oui □ non
Si oui, du ………/………/……… au ………/………/………
Etes-vous encore en traitement ? □ oui □ non
Etes-vous totalement guéri ? □ oui □ non Si oui, depuis le ………/………/………

Veuillez joindre le document « certificat médical à remplir par le médecin ».



6. Intervention d'organismes ou assureurs

A la suite de l'accident, avez-vous sollicité l'intervention d'un organisme / assureur ci-dessous ?
Si oui, précisez dans le tableau.

	Identité de l'organisme/assureur	Référence
Assureur accident de travail		
Assureur frais médicaux		
Assureur hospitalisation		
Assureur individuelle accident		
Assureur revenus garantis		
Assureur dégâts matériels		
Assureur voyage		
Mutuelle		
CPAS		
Autres		

Mutualité (coller ici une vignette) :

Avez-vous un assureur Responsabilité civile vie privée/familiale ? □ oui □ non
Avez-vous un assureur de Protection juridique ? □ oui □ non

7. Remarques

....

....

....

Ce questionnaire n'est pas exhaustif. Vous êtes invités à communiquer tous les autres renseignements utiles ou nécessaires au sujet de votre accident.

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées en vue des finalités suivantes : la gestion du sinistre repris sous rubrique, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage corporel encouru par le soussigné ou la personne qu'il représente ; la détection et la prévention de la fraude ; le traitement à des fins statistiques.

A ces seules fins, elles peuvent être, si nécessaire, communiquées à d'autres entreprises d'assurances concernées par l'indemnisation du dommage corporel du soussigné ou de la personne qu'il représente, à leur représentant en Belgique, à leur correspondant à l'étranger, à leurs



réassureurs, à leur bureau de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil technique, à l'intermédiaire d'assurances du soussigné ou de la personne qu'il représente et, plus généralement, à toute personne ou entité qui exerce un recours ou contre qui un recours est exercé en relation avec le dommage corporel visé ci-avant.

Le soussigné donne son consentement au traitement des données relatives à sa santé ou celle de la personne qu'il représente lorsqu'elles sont nécessaires à la gestion du sinistre repris sous rubrique. Le soussigné donne son consentement à ce que le traitement des données relatives à sa santé ou celle de la personne qu'il représente puisse être effectué en dehors de la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Le soussigné donne son consentement à un éventuel examen médical.

Lesdites données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les catégories de personnes habilitées à le faire.

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance de ces données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée à l'assureur qui les a interrogées. De plus amples informations peuvent également être obtenues auprès de cet assureur.

Nom et prénom(s) de la personne signataire :…………………………………………………………………………………
Adresse : ……
Qualité :………
Tél. domicile :………………………………………………………… GSM : ………………………………………………………………
Adresse e-mail : ……

Fait à ……………………………………………….. date : … / …. / ………

Signature [1]

[1] Si la victime ne peut signer elle-même, veuillez indiquer le motif.



Annexe 3

Votre proche est décédé à la suite d'un accident

CHECK-LIST DES DOCUMENTS A GARDER DANS VOTRE DOSSIER

En vue de votre indemnisation, **TOUS les documents relatifs à votre dommage sont importants**. Vous devez les conserver avec soin quand ils vous sont transmis afin de pouvoir faire la preuve de votre dommage et d'obtenir une indemnisation rapide et complète.

Afin de déterminer l'étendue de votre dommage, vous allez recevoir divers formulaires à compléter. Voici une check-list des documents les plus importants à avoir sous la main :

- ☑ Attestation médicale relative au décès de votre proche
- ☑ L'acte de notoriété et/ou le faire-part
- ☑ Attestations de frais médicaux
  - factures d'hospitalisation et d'ambulance
  - attestations de remboursement de la mutuelle
- ☑ Attestations de frais funéraires : factures relatives au cercueil, la concession, le funérarium, l'urne, la cérémonie, la pierre tombale, l'avis nécrologique, …
- ☑ Frais de déplacements et d'administration : toutes les pièces justificatives
- ☑ Attestation du Service d'Etat civil concernant la composition du ménage de votre proche
- ☑ Fiche de salaire mensuelle et annuelle d'avant l'accident de votre proche et des autres membres du ménage ou feuille d'impôts
- ☑ Dégâts matériels (vêtements et autres) dus à l'accident : factures d'achat ou descriptif/photo de l'objet

‼ Conservez les pièces endommagées.

Gardez ces documents précieusement.
Complétez et transmettez les formulaires au plus vite lorsqu'ils vous sont adressés.



Annexe 4

Votre proche est décédé à la suite d'un accident

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Références du dossier (mentionnées dans la lettre jointe): ....

Date, lieu et heure de l'accident : ....

1. Situation familiale

Nom et prénom(s) de la personne décédée : ....

Date de naissance :...

Adresse : ....

Etat civil : célibataire – marié(e) – cohabitant(e) – veuf/veuve – séparé(e) de fait – divorcé(e)

Nom du conjoint / du partenaire ....

Date de naissance : ..../........./.........

Situation professionnelle du conjoint / du partenaire :

□ temps plein

□ temps partiel : .... heures/semaine

Composition du ménage du défunt :

	Nom, prénom	Date de naissance	A charge	Cohabitant Inwonend/samenwonend
Conjoint / partenaire			□ oui □ non	□ oui □ non
Enfant(s)			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non
Parent(s)			□ oui □ non	□ oui □ non
			□ oui □ non	□ oui □ non

Y a-t-il un lien de parenté ou un autre lien avec le ou les auteurs de l'accident ? □ oui □ non

Si oui, lequel ? ....



2. Situation du revenu de la famille

Situation professionnelle du défunt à la date de l'accident				Situation professionnelle du conjoint/partenaire à la date de l'accident		
	A cocher	Depuis			A cocher	Depuis
Ouvrier	□			Ouvrier	□	
Employé	□			Employé	□	
Fonctionnaire/militaire - statutaire - contractuel	 □ □			Fonctionnaire/militaire - statutaire - contractuel	 □ □	
Indépendant	□			Indépendant	□	
Etudiant/Enfant	□			Etudiant/Enfant	□	
Pensionné	□			Pensionné	□	
Prépensionné	□			Prépensionné	□	
Demandeur d'emploi	□			Demandeur d'emploi	□	
A charge de la mutualité	□			A charge de la mutualité	□	
A charge du CPAS	□			A charge du CPAS	□	
Sans profession	□			Sans profession	□	
Autre	□			Autre	□	

Si le défunt était salarié				Si le conjoint/partenaire est salarié			
Nom et adresse de son employeur :...............				Nom et adresse de son employeur :...............			
Régime	Temps plein :	Temps partiel :		Régime	Temps plein :	Temps partiel :	
Nombre heures/ semaine				Nombre heures/ semaine			
Salaire	Brut	Imposable	Net	Salaire	Brut	Imposable	Net
Par heure				Par heure			
Mensuel				Mensuel			
Annuel				Annuel			
Autres avantages (primes, 13ème mois, chèque repas, ...) :				Autres avantages (primes, 13ème mois, chèque repas, ...) :			

Si le défunt était indépendant	Si le conjoint/partenaire est indépendant
à titre □ principal □ accessoire	à titre □ principal □ accessoire



	A cocher	Bénéfices imposables	Montant des frais fixes		A cocher	Bénéfices imposables	Montant des frais fixes
Dirigeant d'une société				Dirigeant d'une société			
Société d'une personne				Société d'une personne			
Indépendant personne physique				Indépendant personne physique			

Veuillez joindre l'avertissement-extrait de rôle des trois dernières années .

Numéro BCE : …………………………………………..

- Si le défunt était étudiant :

Nom de l'école :……

Nature et durée des études :……………………………………………………………………………………………….

Année en cours au moment de l'accident : ……………………………………………………………………………

3. Circonstances de l'accident

S'agit-il □ d'un accident de travail ou sur le chemin du travail ?
□ d'un accident dans le cadre scolaire ou sur le chemin de l'école ?
□ d'un accident de la vie privée ?

- S'il s'agit d'un accident de travail ou sur le chemin du travail :
  Nom et adresse de l'assureur « accident du travail » de l'employeur du défunt :……………………
  …….
  …….

- S'il s'agit d'un accident dans le cadre scolaire ou sur le chemin de l'école :
  Adresse de l'école et nom et adresse de son assureur scolaire:……………………………
  …….
  …….

Y a-t-il eu des témoins de l'accident ? □ oui □ non

Si oui, quelle est leur identité (nom, prénom et adresse) :

……

…….

…….



4. Conséquences matérielles de l'accident

Description des dommages à des objets autres qu'au véhicule. Veuillez joindre toutes les notes justificatives et conserver les pièces endommagées.

Objet	Description des dommages	Date d'achat	Estimation

5. Conséquences corporelles de l'accident

Nature des blessures : ………..
……
…….
…….

Le défunt a-t-il été hospitalisé à la suite de l'accident ? □ oui □ non

Nom de la clinique : ………………………………………………………………………………….
…….

En cas d'hospitalisation : Date d'entrée : ………/………/……… Date de sortie : ………/………/………

Veuillez joindre le document « certificat médical à remplir par le médecin ».

SOCIÉTÉ ANONYME BELGE D'ASSURANCES DE PROTECTION JURIDIQUE / BELGISCHE RECHTSBIJSTANDVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ N.V.
SIEGE SOCIAL / MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
Avenue Lloyd Georgelaan 6 - Bruxelles 1000 Brussel - Tel. 02/645.51.11 - Fax 02/640.77.33
R.P.M./R.P.R. 0401.620.778 - Agréée sous le n° de code 0687/ Toegelaten onder code nr 0687
Rekening /Compte : KBC 435-4120401-18- KBC SWIFT : KREDBEBB - CODE IBAN : BE50 4354 1204 0118



6. Intervention d'organismes ou assureurs

A la suite de l'accident, le défunt a-t-il bénéficié de l'intervention d'un organisme / assureur ci-dessous ?

Si oui, précisez dans le tableau.

	Identité de l'organisme/assureur	Référence
Assureur accident de travail		
Assureur frais médicaux		
Assureur hospitalisation		
Assureur individuelle accident		
Assureur revenus garantis		
Assureur dégâts matériels		
Assureur voyage		
Mutuelle		
CPAS		
Autres		

Mutualité (coller ici une vignette) :

Le défunt avait-il un assureur Responsabilité civile vie privée/familiale ? □ oui □ non

Le défunt avait-il un assureur de Protection juridique ? □ oui □ non

7. Remarques

………

………

………

Ce questionnaire n'est pas exhaustif. Vous êtes invités à communiquer tous les autres renseignements utiles ou nécessaires au sujet de l' ~~votre~~ accident de votre proche.

« Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées en vue des finalités suivantes : la gestion du sinistre repris sous rubrique, en particulier la constatation et l'évaluation du dommage encouru à la suite du décès du proche du soussigné ; la détection et la prévention de la fraude ; le traitement à des fins statistiques.

A ces seules fins, elles peuvent être, si nécessaire, communiquées à d'autres entreprises d'assurances concernées par l'indemnisation du dommage encouru à la suite du décès du proche du soussigné , à leur représentant en Belgique, à leur correspondant à l'étranger, à leurs réassureurs, à leur bureau de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil technique, à l'intermédiaire d'assurances du soussigné ou de son proche décédé et, plus généralement, à toute personne ou entité qui exerce un recours ou contre qui un recours est exercé en relation avec le dommage visé ci-avant.



Les données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les catégories de personnes habilitées à le faire.

Nom et prénom(s) de la personne signataire :……………………………………………………………………………………

Adresse : ……

Qualité :……

Tél. domicile :………………………………………………………… GSM : ……………………………………………………………………

Adresse e-mail : ………

Fait à ………………………………………………….. date : … / …. / ……….

Signature



Annexe 5

A remplir par votre médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom :………

Adresse :………

déclare que :

Nom et prénom : …………………………………………………………………………………………………

Adresse :………

a été victime d'un accident le (date) ………/………/……… à (lieu) ……………………………………………………………

Conséquences de l'accident

- Première consultation en rapport avec l'accident (date et heure) : ………………………………………
- Description de la nature des blessures :

  ……

  ……

  ……
- La victime a-t-elle été hospitalisée □ oui □ non

  Si oui, du ………/………/……… au ………/………/……… inclus
- La victime est □ encore en traitement

  □ guérie depuis le ………/………/………
- La victime est-elle temporairement incapable d'exercer ses tâches quotidiennes (travail, études, tâches ménagères, …) ? □ oui □ non

  Si oui, périodes et pourcentages d'incapacité :

  du ………/………/……… au ………/………/……… inclus à ……… %

  du ………/………/……… au ………/………/……… inclus à ……… %

  du ………/………/……… au ………/………/……… inclus à ……… %

  du ………/………/……… au ………/………/……… inclus à ……… %
- Le rétablissement complet de la victime est-il prévu ? □ oui □ non

  Si oui, le (date) ………/………/………
- Sinon, quelle est l'évolution de l'incapacité permanente ? %
- Informations complémentaires : ……………………………………………………………………………

  ……

  ……

Fait le (date) ………/………/………

à ……………………………………… Signature et cachet du médecin



Annexe 6

A remplir par votre médecin et par votre mutualité

ATTESTATION DE FRAIS MEDICAUX

Références/n° de dossier :…………………………………………………………….
Date de l'accident :………………………………………………………………………..
Lieu de l'accident :………………………………………………………………………….
Nom et prénom du patient :………

Date(s)	Code Inami	Montant payé	Intervention mutualité

Signature + cachet du médecin	Cachet de la mutualité

Cette attestation de frais médicaux **doit être complétée pour chaque consultation**.
Si les consultations ont lieu auprès d'un même médecin, le document peut mentionner plusieurs visites. Si les consultations ont lieu auprès de médecins différents, il faut à chaque fois leur présenter un nouveau document. C'est la raison pour laquelle il vous est conseillé de les photocopier.

Annexe 7

RELEVE DES FRAIS MEDICAUX

Références/n° de dossier :……………………………………………………………….
Date de l'accident :…………………………………………………………………………..
Lieu de l'accident :……………………………………………………………………………
Nom et prénom du patient :……

Pièce n°	Date	Montant payé	Intervention mutualité	Intervention autres assureurs	Montant qui reste à charge
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Important : si possible, numéroter et joindre toutes les pièces (attestations de soins médicaux complétées par le médecin et la mutualité, factures d'hôpitaux, attestation de produits pharmaceutiques fournie par votre pharmacien (B.V.A.C.), …)



Annexe 8

A remplir par votre employeur ou votre secrétariat social

ATTESTATION DE PERTE DE REVENU

Références/n° de dossier :……………………………………………………….
Date de l'accident :…………………………………………………………………..
Lieu de l'accident :……………………………………………………………………

Le soussigné (employeur/secrétariat social)

Nom et prénom :……

Adresse :……

déclare que :

Nom et prénom:……

Adresse :……

1) travaille pour lui en tant qu'OUVRIER/EMPLOYE/FONCTIONNAIRE (à biffer) et qu'il a été victime d'un accident dont il résulte
   - ☐ une incapacité totale du (date) ………/………/……… au ………/………/……… inclus
   - ☐ une incapacité partielle de ……% du (date) ………/………/……… au ………/………/……… inclus
   - ☐ une reprise du travail depuis le ………/………/………

2) aurait perçu un <u>revenu net</u> de …………………… euros, s'il n'avait pas été en incapacité de travail durant cette période

3) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perçu un revenu net garanti (hebdomadaire/mensuel) de
   (montant) …………………………….. euros du (date) ………/………/……… au ………/………/……… inclus
   (montant) …………………………….. euros du (date) ………/………/……… au ………/………/……… inclus
   (montant) …………………………….. euros du (date) ………/………/……… au ………/………/……… inclus
   (montant) …………………………….. euros du (date) ………/………/……… au ………/………/……… inclus

4) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perdu (montant) ……………………….. euros de chèques repas, primes, …

Fait le (date) ………/………/………
à …………………………………………

Signature cachet de l'employeur/secrétariat social

SOCIÉTÉ ANONYME BELGE D'ASSURANCES DE PROTECTION JURIDIQUE / BELGISCHE RECHTSBIJSTANDVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ N.V.
SIEGE SOCIAL / MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
Avenue Lloyd Georgelaan 6 - Bruxelles 1000 Brussel - Tel. 02/645.51.11 - Fax 02/640.77.33
R.P.M./R.P.R. 0401.620.778 - Agréée sous le n° de code 0687/ Toegelaten onder code nr 0687
Rekening /Compte : KBC 435-4120401-18- KBC SWIFT : KREDBEBB - CODE IBAN : BE50 4354 1204 0118



Annexe 9

ATTESTATION DE FRAIS DE DEPLACEMENT ET DE PARKING

Références/n° de dossier :……………………………………………………………….
Date de l'accident :…………………………………………………………………………..
Lieu de l'accident :…………………………………………………………………………….
Nom et prénom de la victime:……………………………………………………….

Pièce n°	Date	Raison et lieu du déplacement	Nombre de km si déplacement en voiture (aller-retour)	Frais de transport en commun et de parking
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Important : numéroter et joindre toutes les pièces (ticket de parking, ticket de train ou autres transport en commun, attestation de consultation, … et tout document attestant votre déplacement)

SOCIÉTÉ ANONYME BELGE D'ASSURANCES DE PROTECTION JURIDIQUE / BELGISCHE RECHTSBIJSTANDVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ N.V.
SIEGE SOCIAL / MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
Avenue Lloyd Georgelaan 6 - Bruxelles 1000 Brussel - Tel. 02/645.51.11 - Fax 02/640.77.33
R.P.M./R.P.R. 0401.620.778 - Agréée sous le n° de code 0687/ Toegelaten onder code nr 0687
Rekening /Compte : KBC 435-4120401-18- KBC SWIFT : KREDBEBB - CODE IBAN : BE50 4354 1204 0118